INTRODUCCIÓ A LA TERÀPIA COGNITIVOCONDUCTUAL (TCC)

Dra Cristina Ruiz Coloma
CENTRE MEDIC TEKNON
Barcelona

cris.ruiz@terra.es
www.cristinaruizcoloma.com

Octubre 2011



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Perspectiva Histórica

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los estoicos (s. IV a.C.). *Epícteto* escribió:

"Los que nos perturba no son los hechos, sino lo que pensemos sobre ellos"

EPICTETO, Filósofo griego.

Varias corrientes dentro de la Psicología han hecho sus aportaciones al modelo cognitivo:

- Psicoanálisis (*Adler, Alexander, Horney*, etc.);
- Fenomenología (*Jaspers, Binswanger,* etc.);
- Psicología del desarrollo (*Piaget*, etc.).

Contribuciones de otros autores de orientación cognitiva proporcionan una base empírica y teórica más firme.



Perspectiva Histórica

Los autores de mayor influencia en la TCC son:

Aaron ***Beck*** (Teoría Cognitiva de los Trastornos Emocionales; Terapia Cognitiva de la Depresión)

Albert ***Ellis*** (Terapia Racional Emotiva)



Bases teóricas y procedimientos prácticos comunes de la TCC :

- Los seres humanos organizan y controlan activamente su entorno: los estímulos son percibidos selectivamente
- El aprendizaje humano y el cambio conductual están mediados cognitivamente
- Las estructuras cognitivas distorsionadas o maladaptativas afectan el estado emocional de una persona
- Los pacientes puede ser entrenados a identificar sus patrones pensamiento
- Es esencial cuestionar las cogniciones disfuncionales y sustituirlas por otras más objetivas, precisas y adaptativas
- Durante el proceso terapéutico, los pacientes efectúan cambios conductuales
- El modelamiento, feedback y reforzamiento que ofrece el terapeuta es un elemento importante de la terapia



Eficacia de la TCC

http://www.nice.org.uk/

NICE Guía nacional sobre la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de las enfermedades

Recomendaciones claras dirigidas a los profesionales de la salud, basadas en la mejor evidencia disponible

Revisiones Cochrane

Las Revisiones Cochrane resumen los resultados de los estudios

Alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud

Objetivo: Facilitar la toma de decisiones a los médicos, pacientes, otros implicados en la asistencia sanitaria



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Eficacia de la TCC

Fullana, M. A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., Toro, J. (2011). Eficàcia de la teràpia cognitivoconductual per als trastorns mentals. *Medicina Clínica (Barc).* DOI:10.1016/j.medcli.2011.02.017

Buena revisión de la eficacia de la TCC en diferentes trastornos

Objetivo del trabajo:

Definir la terapia cognitivo-conductual y sus principales ámbitos de aplicación, y ofrecer una revisión sistemática de su eficacia.

Los autores han comparado la eficacia de la TCC en algunos trastornos mentales más frecuentes, con otras terapias:

- tratamiento farmacológico
- tratamiento combinado (TCC más psicofármacos)
- placebo farmacológico
- placebo psicológico
- otro tratamiento psicológico
- lista de espera
- tratamiento habitual

Revisión sistemática Cochrane (del año 2003 al 2010) y los resultados de metaanálisis y estudios controlados aleatorizados.



Eficacia de la TCC

CONCLUSIONES:

La TCC es uno de los tratamientos e primera elección para muchos trastornos mentales no psicóticos (adultos y niños/ adolescentes).

En todos los trastornos, TCC superior al placebo farmacológico o psicológico, lista de espera y tratamiento habitual.

Tratamiento farmacológico: todos los trastornos analizados, TCC tanto o más eficaz que tto farmacológico, excepto en TDAH). En trastorno depresivo mayor, resultados no concluyentes.

Tratamiento combinado: No existe un fundamento empírico que avale una eficacia superior a la TCC.

En comparaciones entre **ttos psicológicos**, la TCC es superior a otras intervenciones, salvo resultados no concluyentes en el trastorno depresivo mayor.

Terapia Racional Emotiva
A. Ellis

Albert Ellis, Terapia Racional Emotiva (TRE)

Método terapéutico:

Descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de los esquemas mentales distorsionados.

Hipótesis: No son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B).

Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales seremos capaces de generar nuevos estados emocionales, menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas.

Las 11 creencias irracionales de Albert Ellis

Idea irracional nº 1:

"Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad"

Idea irracional nº 2:

"Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles".

Idea irracional nº 3:

"Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad".

Idea irracional nº 4:

"Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".

Idea irracional nº 5:

"La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones"

Idea irracional nº 6:

"Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra"

Idea irracional nº 7:

"Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"

Idea irracional nº 8:

"Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar"

Idea irracional nº 9:

"La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente"

Idea irracional nº 10:

"Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás"

Idea irracional nº 11:

"Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe"

Terapia Racional Emotiva
A. Ellis

Estas 11 creencias irracionales básicas fueron sintetizadas posteriormente por Ellis (1977a) en:

LAS 3 CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS	
Con respecto a:	Idea irracional
Uno mismo	"Debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones".
Los demás	"Los demás deben actuar de forma agradable, considerada y justa"
La vida o el mundo	"La vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad"



Terapia Racional Emotiva
A. Ellis

A
SITUACIÓN
En la empresa hacen reducción de plantilla y me dan la carta de despido.

B
PENSAMIENTO
"Se me presenta una situación difícil", "tendré que pensar cómo hacer a partir de ahora", "mi familia se preocupará"

C
CONSECUENCIAS

C1
EMOCIONALES
Disgusto
Malestar

C2
CONDUCTUALES
Planificar una estrategia de búsqueda de empleo.

La terapia Cognitiva corrige los pensamientos, cambiando aquellos irracionales por otros más adaptativos

La terapia Conductual corrige las conductas, incidiendo en la importancia de hacer las cosas de una forma más adecuada para conseguir nuestros objetivos

Terapia Cognitiva Conductual
A. Beck

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVA

- Formulación continua de los problemas del paciente en términos cognitivos
- Requiere una fuerte alianza terapéutica
- CT enfatiza colaboración y una participación activa
- Se centra en el problema y el establecimiento de objetivos
  Énfasis en el presente
- Terapia educativa – el paciente se convierte en el propio terapeuta. Prevención de recaídas
- Tiempo limitado
- Estructuración de las sesiones
- Enseña al paciente a identificar, evaluar y responder a los pensamientos y creencias disfuncionales
- Emplea diversas técnicas para modificar pensamientos, estado de ánimo y comportamientos.

Terapia Cognitiva Conductual
A. Beck



COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

- Ocurren espontáneamente como por reflejo
- No requieren ningún esfuerzo
- Son difíciles de apartar de la mente
- No aparecen como resultado de un razonamiento o reflexión sobre la situación
- No siguen una consecuencia lógica de pasos como ocurre en la resolución de problemas
- Aumentan la intensidad de la emoción
- Transcurren muy rápidamente
- Parecen plausibles y razonables
- Pueden ocurrir a pesar de que exista una evidencia objetiva y contraria a los mismos
- Generalmente son reflejo de suposiciones y creencias esenciales de la persona



COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

SUPUESTOS/CREENCIAS INTERMEDIAS

Ideas o creencias más profundas que tiene el paciente sobre sí mismo, los demás y el mundo, que dan lugar a los pensamientos automáticos específicos. A menudo son ideas poco articuladas, no suelen expresarse en terapia, pero pueden ser obtenidas del paciente infiriéndolos y poniéndolos a prueba.

Reglas: *"Debo…", "tendría que …", "debería …"*

Actitudes: *"Es terrible…"*

Suposiciones: *"Si … entonces …"*



COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

CREENCIAS CENTRALES

- Ideas globales, rígidas y absolutistas sobre uno mismo y/o los demás. Son las ideas más centrales/nucleares que tiene la persona sobre sí misma, desarrolladas a lo largo de la infancia.



COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

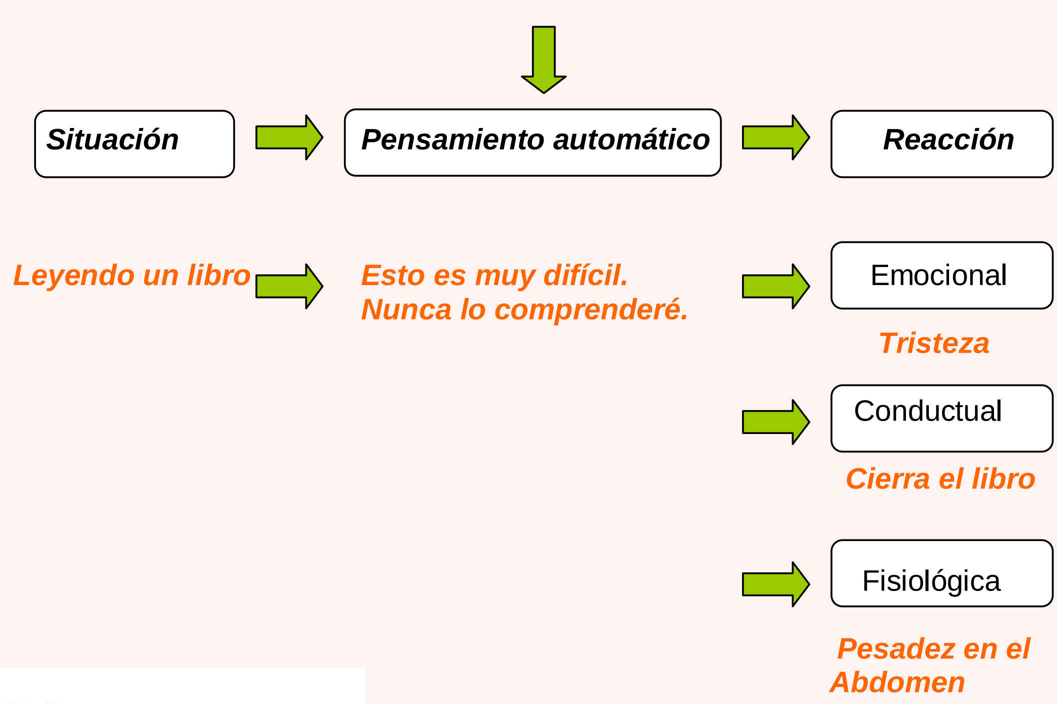
ERRORES DE PENSAMIENTO

1. Pensamiento de Todo o Nada
2. Generalización
3. Filtro mental
4. Adelantarse a conclusiones
5. Pensamiento catastrófico
6. Razonamiento emocional
7. "Debería"
8. Etiquetaje
9. Personalización





EL MODELO COGNITIVO





LA FORMULACIÓN COGNITIVA

La formulación *cognitiva* proporciona al terapeuta el marco para comprender al paciente. En términos generales, debe buscarse la siguiente información:

Factores de predisposición del problema

Ej.: Acontecimientos críticos vitales, factores genéticos, personalidad, creencias, factores ambientales, etc.

Factores precipitantes

Ej.: Acontecimiento /s crítico/s precipitante del problema

Factores de mantenimiento

Ej.: Síntomas del trastorno, comportamiento desadaptativo, creencias, factores ambientales, personalidad, etc.





LA FORMULACION COGNITIVA

El terapeuta hipotetiza a partir de:

- ¿Qué aprendizaje temprano y experiencias (y predisposición genética?) contribuyen a sus problemas actuales?
- ¿Cuáles son sus creencias principales?
- ¿Cuáles son sus actitudes, expectativas y normas?
- ¿Qué mecanismos cognitivos, afectivos y conductuales ha desarrollado para afrontar sus creencias?
- ¿Qué pensamientos y comportamientos ayudan a mantener el trastorno?
- ¿De qué manera sus creencias hacen al paciente más vulnerable a su trastorno?



ESTRUCTURA TERAPÉUTICA

- Formulación del caso
- Identificación de problemas y establecimiento de objetivos
- Aplicación de estrategias para conseguir los objetivos determinados
- Prevención de recaída



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Caso clínico

- Entrevista de evaluación

- Formulación del caso según el modelo cognitivo conductual

sínt. físicos

pensamientos

emociones

conductas



ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS SESIONES

PRIMERA SESIÓN TERAPÉUTICA

Objetivos:

- Establecer una relación de confianza y alianza terapéutica
- Familiarizar al paciente en la terapia cognitiva
- Educar al paciente respecto a su trastorno, el modelo cognitivo y el proceso terapéutico
- Normalizar las dificultades e infundir esperanza
- Averiguar (y corregir, si es necesario) las expectativas sobre la terapia
- Recoger información adicional
- Utilizar la información para generar una lista de objetivos



ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS SESIONES

PRIMERA SESIÓN TERAPEUTICA

Estructura:

- Establecer una orden del día (y explicar el porqué de la misma)
- Evaluar el estado de ánimo (incluyendo puntuaciones objetivas, si es adecuado)
- Revisar brevemente el problema presentado y actualizarse respecto al mismo
- Identificar problemas y establecer objetivos
- Educar al paciente en el modelo cognitivo
- Averiguar las expectativas del paciente sobre la terapia
- Educar al paciente acerca de su trastorno
- Establecer tareas
- Proporcionar un resumen de la sesión
- Obtener feedback



ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS SESIONES

SESIONES DE SEGUIMIENTO

Estructura:

- Breve actualización y comprobación del estado de ánimo (y medicación, alcohol y/o abuso de drogas, si es aplicable)
- Puente con la sesión anterior
- Establecer la orden del día
- Revisión de las tareas
- Discusión sobre los puntos de la orden del día y establecimiento de nuevas tareas
- Resumen final y feedback



TÉCNICAS CONDUCTUALES y COGNITIVAS

En la TCC se aplican diversas técnicas, tanto conductuales como cognitivas. Ejemplos:

- Exposición
- Activación conductual
- Relajación
- Detención del pensamiento
- Distracción
- Inoculación del estrés
- Resolución de problemas
- **Reestructuración cognitiva**
- etc.





REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

- Identificar:

Pensamiento, emoción y conducta del paciente en una situación concreta

SITUACIÓN:
Llegando tarde a clase

Individuo

Conducta:
No entrar

Pensamiento:
Pensarán que soy un desastre

Emoción:
Ansiedad



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Identificación de pensamientos automáticos

¿Qué pensabas en éste/ese momento?

Otras preguntas para identificar pensamientos automáticos:

- Preguntar al paciente: "¿Qué estás pensando en este momento?", si notas un cambio en su emoción
- Pedirle una descripción de una situación problemática y preguntarle : "¿Qué pensabas en ese momento?"
- Utilizar la imaginación para describir una situación específica y preguntarle: "¿Qué pensarías?"
- Efectuar un role-play de una situación en concreto y preguntarle: "¿Qué estás pensando?"



Identificación de emociones

- Identificar la emoción y diferenciarla del pensamiento
- Puntuar la credibilidad del pensamiento y la intensidad de la emoción



Imagine que es de noche. Está durmiendo en su cama y se despierta con un fuerte ruido de cristales rotos …

Si piensa que…	Sentirá…	Y hará…
“Han entrado a robar”	“Miedo, angustia”	“Llamar a la policía”
“Se ha roto un vaso”	“Contrariedad”	“Levantar a recoger”
“Estaba soñando”	“Alivio”	“Seguir durmiendo”



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Cuestionamiento de pensamientos automáticos

- ¿Estoy cometiendo algún error de pensamiento?
- ¿Cuál es la evidencia a favor de este pensamiento? ¿Cuál es la evidencia en contra?
- ¿Existe alguna explicación alternativa?
- ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Qué es lo mejor? ¿Qué es lo más realista?
- ¿Qué efecto tiene creerme este pensamiento? ¿Cuál sería el efecto de cambiar mi manera de pensar?
- ¿Qué le diría a un amigo/pareja/etc. si estuviera en la misma situación?



Registro de Pensamientos Automáticos

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS	DISTORSIÓN	EMOCIÓN
	Breve descripción de la situación	***¿Qué he pensado?***	***Tipo de distorsión***	***¿Qué he sentido?***



Registro reestructuración cognitiva

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	DISTORSIÓN	PENSAMIENTO ADAPTATIVO
¿Cómo ha sucedido la situación?	*¿Qué he pensado?*	*¿Qué he sentido?*	*Tipo de distorsión*	*Crítica del pensamiento irracional.* *Sustituir por un pensamiento más adaptativo*



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Día/hora	Situación	Pensamiento Automático	Emoción(es)	Respuesta adaptativa	Resultado
	1. Qué acontecimiento o corriente de pensamientos condujo a la emoción negativa. 2. Qué sensaciones físicas desagradables sentiste?	1.Qué pensamientos o imágenes pasaron por tu cabeza? 2.Cuánto te lo crees en este momento?	1.Qué emoción(es) (triste/ansioso/enfadado/etc.) sentiste en este momento? 2.Cuán intensa (0-100%) fue la emoción?	1.(opcional) Qué distorsión cognitiva cometiste? 2.Utiliza las preguntas para elaborar una respuesta a los P.A.. 3.Cuánto te crees cada respuesta?	1.Cuánto te crees ahora cada P.A.? 2.Qué emoción(es) sientes ahora? Cuán intensa es la emoción (0-100%) 3. Qué harás (o hiciste)?
Viernes 3/8; 3PM	*Pensando en preguntarle a Juan si quiere salir a tomar algo.*	*No querrá salir conmigo (90%)*	*Triste (75%)*	*Interpretación del pensamiento. Realmente no sé si quiere o no (90%). Se muestra amigable conmigo en clase (90%). Lo peor que puede pasar es que diga que no y yo me sienta mal un rato (90%). Lo mejor es que diga que sí (100%). Lo más realista es que diga que está ocupado pero siga mostrándose amigable (80%). Si sigo suponiendo que no quiere salir conmigo, no tendré ninguna posibilidad con él (100%). Debo subir y preguntárselo (50%). De todas formas, ¿cuál es el gran problema? (75%).*	*1. P.A.-50% 2. Triste-50% Nerviosa-50%*

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
7 – 8	En la cama	En la cama	En la cama	En la cama	En la cama	En la cama	Durmiendo
8 – 9	En la cama	En la cama	Asearse	En la cama	En la cama	En la cama	Despertarse
9 – 10	En la cama	En la cama	Desayuno	En la cama	En la cama	Aseo personal	En la cama
10 – 11	Aseo personal	Aseo personal	Sentada en sofá	Aseo personal	Aseo personal	Desayuno	En la cama
11 – 12	Desayuno	Desayuno	Visita del párroco	Desayuno	Desayuno	Sentada en el sofá	Aseo personal
12 – 13	Sentada en sofá	Asistenta, sofá	Preparse comida	Asistenta, sofá	Tv	Radio	Picar algo
13 – 14	En la cama	Asistenta, sofá	Comer	Asistenta, sofá	Tv	Picar algo	Llamada vecina
14 – 15	Radio	Comer	10m ganchillo	Comedor comun.	Picar algo	Siesta	Paseo por jardines
15 – 16	Te con galletas	En la cama	Siesta	Sala comunidad	Siesta	Siesta	Radio
16 – 17	Limpiar el polvo	Radio	Siesta	Sala comunidad	Sofá	Hija y nietos	En la cama
17 – 18	Vecina visita	Sofá	En la cama	20m ganchillo	Leer revista	Salir a pasear	En la cama
18 – 19	En la cama	Tv	Radio	Sofá	En la cama	Hija y nietos	Tv
19 – 20	Preparar cena	Tv	Llamada de la hija	Preparar cena	En la cama	Recoger la casa	Cenar
20 – 21	Cenar con TV	Algo de cena	Cenar	Cenar	Cenar	Preparar cena	Sofá
21 – 22	TV	Acostarse	Tv	Tv	Tv	Cenar	Tv
22 – 23	Acostarse		Acostarse	Tv	Tv	Tv	Acostarse
23 – 24				Acostarse	Acostarse	Acostarse	

	¿A QUÉ HORA SE ACOSTÓ?	**¿CUÁNTO TARDÓ EN DORMIRSE?**	**¿SE DESPERTÓ DURANTE LA NOCHE?**	**¿QUÉ HACÍA?**	**¿CÓMO SE SENTÍA AL LEVANTARSE?**
LUNES	22:00 H	3 Horas	Sí. 5-7 veces	Dar vueltas	Muy cansada
MARTES	21:30 H	4,5 Horas	Sí. 5-6 veces	Dar vueltas	Muy cansada
MIÉRCOLES	22:30 H	2,5 Horas	Sí. 5-6 veces	Dar vueltas	Muy cansada
JUEVES	23:30 H	2 Horas	Sí. 4-5 veces	Dar vueltas	Cansada
VIERNES	24:00 H	2,5 Horas	Sí. 5-6 veces	Dar vueltas	Cansada
SÁBADO	23:30 H	30 minutos	Sí. 2 veces	Nada	Bien
DOMINGO	22:30 H	4 Horas	Sí. 5- 7 veces	Dar vueltas	Aturdida

Ejemplo resumen del proceso de reestructuración cognitiva



DOLOR

¿Qué puedo hacer?

Soy inútil
Nunca me recuperaré
Todos piensan que exagero
Esto no tiene remedio

Tengo que intentarlo
No puedo dejar que el dolor me hunda
Otras veces lo he conseguido

Me tumbo
Lloro
Me tomo + medicinas.

Me relajo
Intento distraerme
Sigo con lo que estaba
Hago ejercicio con regularidad

RESULTADO



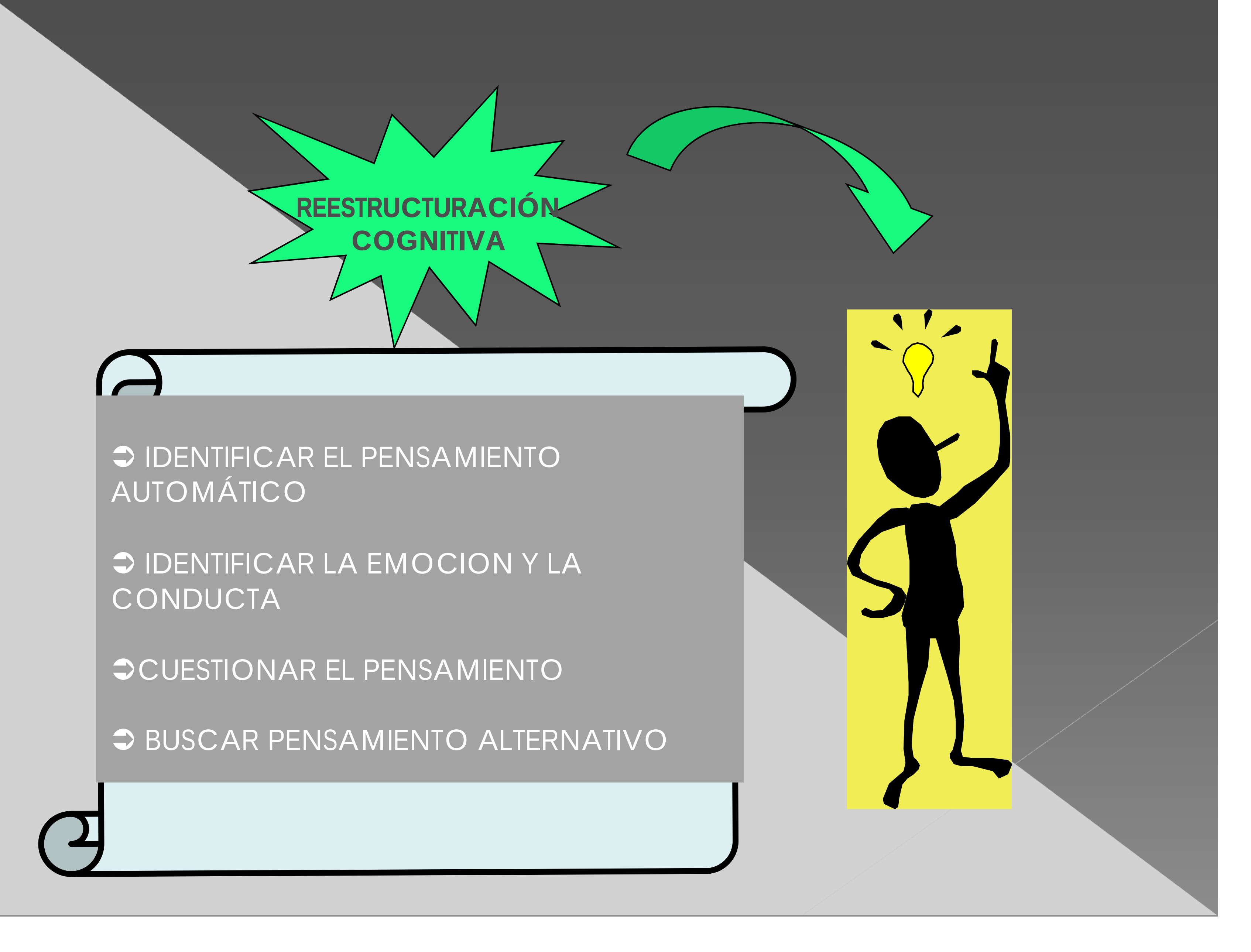
DESADAPTACIÓN:
MALESTAR





ADAPTACIÓN:
BIENESTAR

Resumen del proceso de reestructuración cognitiva



¿Cómo identificar creencias intermedias?

- Creencia se expresa como un pensamiento automático. *Debería haberlo hecho mejor, no puedo hacer nada bien. Soy un inútil.*

- Proporcionando la primera parte de una suposición*. Si no trabajas en un proyecto tan intensamente como puedas ... soy un fracasado.*

- Obteniéndola directamente, preguntándole cuál es su regla o actitud. *¿Cuál es tu creencia sobre el hecho de pedir ayuda a los demás? Paciente: Pedir ayuda es un signo de debilidad.*

- Técnica de la flecha descendente (*Downward arrow technique*). A partir de un pensamiento automático clave, preguntarle sobre el significado de su pensamiento.

- Examinando los pensamientos automáticos en diferentes situaciones y buscando temas comunes.



Decidir qué creencia modificar

- ¿Cuál es la creencia?
- ¿Cuánto se la cree el paciente?
- ¿De qué manera afecta a su vida? ¿Con qué intensidad/credibilidad (%) y en qué ámbitos?
- Si la credibilidad es muy elevada,

  ¿deberíamos trabajar en ella ahora? ¿está el paciente preparado? ¿podrá evaluarlo con suficiente objetividad en este punto?



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Estrategias preliminares para modificar creencias

- **EDUCAR PACIENTES ACERCA DE SUS CREENCIAS**

Las creencias son aprendidas y por tanto pueden desaprenderse (utilizar creencia específica como ejemplo)

- **VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE SOSTENER LAS CREENCIAS**

Terapeuta minimiza las ventajas y enfatiza o refuerza las desventajas



Modificación de creencias: técnicas

- **CUESTIONAMIENTO SOCRÁTICO**

  Utilización del mismo tipo de preguntas empleadas en el cuestionamiento de pensamientos automáticos (ej.: Buscar el punto de vista alternativo, evaluar la evidencia)

  El cuestionamiento debe ser más persuasivo

- **EXPERIMENTOS CONDUCTUALES**
- **CONTINUO COGNITIVO**
- **UTILIZAR A OTRAS PERSONAS COMO PUNTO DE REFERENCIA**
- **AUTO-REVELACIONES**
- **etc.**

CREENCIAS CENTRALES

- Soy inútil
- No tengo control
- Soy débil
- Soy vulnerable
- Estoy necesitado
- Estoy atrapado
- Soy inadecuado bueno
- Soy incompetente
- Soy un fracaso
- No soy suficientemente bueno (en relación a éxitos)

No soy "querible"
No gusto
No soy deseable
No soy atractivo
Soy malo
No valgo nada
No soy suficientemente

(en relación a ser querido)
Me rechazarán
Me abandonarán
Me quedaré solo



Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

Educación de los pacientes acerca de sus creencias centrales

- Es una idea, no necesariamente una verdad
- Puede creerse firmemente en ella, incluso “sentir” que es verdad, sin embargo puede ser falsa
- Como idea, puede ser comprobada
- Está arraigada en acontecimientos de la infancia que pueden o no haber sido verdaderos
- Se mantiene a través del siguiente proceso: se reconoce información que apoya la creencia y se desestima o ignora información que la rechaza
- Paciente y terapeuta trabajan juntos para que el primero pueda modificar su idea



Modificación de creencias centrales y fortalecimiento de las nuevas creencias

HOJA DE TRABAJO DE CREENCIAS CENTRALES

Antigua creencia: ____

¿Cuánto cree ahora en la antigua creencia? (0-100%)
¿Cuánto es el máximo que la ha creído esta semana? (0-100%)
¿Cuánto es el mínimo que la ha creído esta semana? (0-100%)

Nueva creencia: ____

¿Cuánto cree en esta creencia ahora? (0-100%)

Evidencia que contradice la antigua creencia y apoya la nueva creencia	*Evidencia que apoya la antigua creencia PERO reformulada*



Creencias centrales

LAS CREENCIAS CENTRALES REQUIEREN UN TRABAJO CONSISTENTE Y SISTEMÁTICO PARA PODER MODIFICARLAS



BIBLIOGRAFÍA

- BECK, J.: Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Gedisa. Barcelona, 2000.
- BECK, A.T.; FREEMAN, A & cols.: Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Paidós, 1995.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. & EMERY, G.: Terapia Cognitiva de la Depresión. DDB. Bilbao, 1983.
- DOBSON, K.S.: Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. Guildford Press. New York, 1988.
- D'ZURILLA, T.J.: Terapia de la Resolución de Problemas. DDB. Bilbao, 1991.
- ELLIS, A., & GRIEGER, R.(eds.): Manual de Terapia Racional-Emotiva. DDB. Bilbao, 1981.
- FREE, M.L.: Cognitive Therapy in Groups: guidelines & resources for practice. Wiley. Sussex, 1999.
- GAVINO, A.: Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual. Pirámide, 2002.
- HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M. ; KIRK, J. & CLARK, D.M. (Eds.): Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide. Oxford University Press. Oxford, 1989.
- McKAY, M.; DAVIS, M. & FANNING, P.: Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. Martínez Roca. Barcelona, 1985.
- MEICHENBAUM, D.: Manual de Inoculación de Estrés. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
- REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M. & FREEMAN, A.: Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice. Guilford Press. London, 1995.
- SANK, L.I. & SHAFFER, C.S.: Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitivo-Conductual en Grupos. DDB. Bilbao, 1993.
- SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G.; BECK, A.T. : Cognitive Therapy in Clinical Practice. An Illustrative Casebook. Routledge. London, 1989.





SONRÍE, ES GRATIS
Y ALIVIA EL DOLOR
DE CABEZA







GRÀCIES

Dra Cristina Ruiz Coloma

cris.ruiz@terra.es

